

интоксикационного синдрома. По данным контрольных рентгенограмм и компьютерной томографии органов грудной клетки происходило быстрое уменьшение полости и перифокальной воспалительной инфильтрации в легком. В 7 случаях было достигнуто полное выздоровление с исходом полости распада легкого в линейный фиброз. В 1 случае при положительной динамике оперированной полости легкого у пациента развился сепсис, осложненный гнойным менингитом, на фоне панкреатогенного сахарного диабета, в стадии инсулинопотребности, и кахексии. Пациент умер в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности. Длительность стационарного лечения после первого saniрующего вмешательства составляла от 15 до 55 дней (Me – 26 [21,5; 32] дней). Летальность составила 13%.

Выводы. Разработанный метод VAC-миниреторакотомии позволяет эффективно оказывать помощь пациентам с абсцессами легких, требующих хирургического лечения.

Литература:

1. Беньян, А.С. Новые технологии в хирургическом лечении пациентов с гангренозными абсцессами легких / А.С. Беньян, М.А. Медведчиков-Ардя // Тольяттин. мед. консилиум. – 2016. – № 3-4. – С. 7–12.
2. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing / C. Huang [et al.] // Curr. Probl. Surg. – 2014. – Vol. 51, iss. 7. – P. 301–331.
3. Sziklavari, Z. Intrathorakale Vakuumtherapie beim Pleuraempyem und Lungenabszess / Z. Sziklavari, M. Ried, H.-S. Hofmann // Zentralbl. Chir. – 2015. – Vol. 140, №. 3. – P. 321–327.
4. Vacuum-assisted closure device: a useful tool in the management of severe intrathoracic infections / A. Saadi [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 91, iss. 5. – P. 1582–1589.
5. Sziklavari, Z. Vacuum-assisted closure therapy in the management of lung abscess / Z. Sziklavari, M. Ried, H.-S. Hofmann // J. Cardiothorac. Surg. – 2014. – Vol. 9. – P. 157.

УДК 616.718:616.13-004.6-089

РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ АУТОМИЕЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ТУННЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Ерошкин С.Н., Фролов Л.А., Скоморощенко В.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Частота облитерирующих заболеваний нижних конечностей, в настоящее время в возрастной группе старше 70 лет доходит до 15-20% [1]. Задача повышения качества лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) не теряет актуальности, так как именно по поводу данного состояния в мире выполняется до 90% ампутаций [2].

Существенное улучшение кровотока в пораженной конечности достигается применением методов рентгенэндоваскулярной хирургии или шунтирования магистральных артерий, в ряде случаев эффективны гибридные операции [3], однако, их использование ограничивается протяженностью окклюзионно-стенотических поражений [4]. С другой стороны, большинство пациентов с КИНК имеет сопутствующую сердечнососудистую недостаточность, дыхательную недостаточность, и другую патологию, что сдерживает активное применение операций открытого типа. В результате формируется значительный контингент пациентов, которому невозможно выполнить вмешательства, относящиеся к операциям «золотого стандарта».

Поэтому, несмотря на приоритет прямых ангиореконструкций сохраняют свою значимость и методы не прямой реваскуляризации, в том числе с использованием клеточных технологий, таких как реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация (РАМТ) [5]. Поскольку в виде монотерапии ее ангиогенная эффективность пока невысока, представляет интерес идея сочетания РАМТ с туннелированием мягких тканей нижней конечности с целью создания в ней искусственных каналов, в которых будет индуцироваться ангиогенез.

Цель. Установить влияние РАМТ в сочетании с туннелированием мягких тканей нижней конечности на клинические результаты лечения облитерирующего атеросклероза в зависимости от степени ишемии конечности.

Материал и методы. Исследования проведены у 79 пациентов, страдавших облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, в возрасте от 52 до 73 лет, которые были распределены в три группы в зависимости от степени выраженности ишемии по Фонтейну-Покровскому: первая - 19 пациентов со IIБ стадией ишемии, вторая – 34 человека с III и третья – 26 пациентов с IV степенью. Всем пациентам проводилось межмышечное туннелирование голени и нижней трети бедра, после чего тканевые каналы заполнялись аспиратом костного мозга, полученным при стерильной пункции [5]. Пациентам четвертой группы дополнительно проводились этапные некрэктомии, резекционные операции на стопе. В качестве критериев эффективности метода использовали количество высоких ампутаций нижней конечности и увеличение дистанции безболевой ходьбы (ДБХ) по отношению к дооперационному уровню. Контрольный осмотр производили через 6 и 12 месяцев после операции.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistika 6.0. В связи с непараметрическим распределением данных рассчитывались медиана и интерквартильный размах. Достоверность различий качественных величин оценивалась при помощи двустороннего точного критерия Фишера. Достоверными различия считались при величине $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В первой и второй группах увеличение ДБХ при обследовании через год после лечения {245 м (235-255) и 240 м (210-250)} было достоверно большим по отношению к результатам, полученным шестью месяцами ранее {210 м (200-220) и 205 м (195-230)} ($p=0,011$ и $p=0,009$ соответственно). В третьей группе отмечалось достоверное снижение указанного показателя при обследовании через год - 95 м (85-110) - по сравнению с результатами, полученными шестью месяцами ранее - 112,5 м (85-110) ($p=0,03$).

В первой группе и через 6 и через 12 месяцев после лечения высоких ампутаций нижней конечности не выполнялось. Во второй группе через 6 месяцев после лечения была выполнена одна ампутация, что составило 2,9% от численности группы, через 12 месяцев – 4 (11,8%). В третьей обследуемой группе через 6 месяцев после лечения было выполнено 10 ампутаций конечности, что составило 38,5% от численности группы, через 12 месяцев – 20 (76,9%). Статистический анализ показал, что в первой и второй группах за первый год наблюдений количество высоких ампутаций не изменилось, при этом в третьей группе при осмотре через год после лечения оно достоверно увеличилось по отношению к результату, наблюдавшемуся шестью месяцами ранее ($p=0,03$).

В течение первого года после лечения у пациентов со степенью ишемии IIБ и III отмечалось увеличение ДБХ при отсутствии увеличения количества высоких ампутаций. При этом у пациентов с IV степенью ишемии отмечалась обратная динамика: ДБХ уменьшалась, а число высоких ампутаций росло. Полученные результаты позволяют заключить, что улучшение кровообращения в тканях нижней конечности, индуцированное оперативным вмешательством отмечается только при IIБ и III степенях ишемии.

Вывод.

1. РАМТ в сочетании с туннелированием мягких тканей нижней конечности при облитерирующем атеросклерозе может быть использована у пациентов со IIБ и III

степенью ишемии конечности при невозможности выполнения операций прямой реваскуляризации,

2. Несмотря на проводимые реваскуляризирующие аутомиелотрансплантации нижних конечностей в последующем пациентам можно проводить реконструктивные операции на нижних конечностях.

Литература:

1. Farber, A. Current State of Critical Limb Ischemia: A Systematic Review / A. Farber, R. Eberhardt // JAMA Surg. – 2016. – Vol. 151, N 11. – P. 1070–1077.
2. Editor's Choice – 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) / V. Aboyans [et al.] // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2018. – Vol. 55, N 3. – P. 305–368.
3. Реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация в комплексном лечении диабетической ангиопатии нижних конечностей / С.Д. Федянин [и др.] // Вестн. ВГМУ. – 2019. – Т.18, № 1. – С. 46–51.
4. Critical limb ischaemia and the response to bone marrow-derived cell therapy according to tcPO₂ measurement / M. Maufus [et al.] // Vasa. – 2017. – Vol. 46, N 1. – P. 23–28.
5. Ишенин, Ю.М. Доктрина механического туннелирования / Ю.М. Ишенин // Вестн. Современ. клин. мед. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 51–54.

УДК 616.34-007.272:611-018.51

СТРУКТУРА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Зельдин Э.Я., Шиленок В.Н., Удовиченко Н.В., Фомин А.В., Воробьев Р.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Введение. Острая кишечная непроходимость (ОКН) (илеус) – это острое нарушение проходимости по желудочно-кишечному тракту вследствие механических препятствий или нарушения иннервации. Актуальность заболевания определяется его сравнительно высокой частотой, разнообразными формами клинического проявления, высокой степенью интоксикации, достаточно высокой летальностью [1].

Патогенез ОКН изучен довольно глубоко. Одним из ведущих синдромов в патогенезе является эндотоксикоз, обусловленный значительными нарушениями водно-электролитного баланса, секвестрацией жидкости в третьем пространстве. Это приводит к уменьшению объема циркулирующей крови [2,3]. Однако механизм эндотоксикоза до конца не выявлен. Еще в 30-ых годах прошлого столетия известный советский хирург С.И.Спасокукоцкий выдвинул гипотезу, что при ОКН один из главных источников эндотоксикоза находится в эритроците (эритротоксин), при этом функция эритроцита резко нарушается.

Цель. Изучение структуры эритроцитов и её значение при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы. Исследование форменных элементов крови проводили с помощью высокотехнологического гематологического анализатора Sysmex XS-500i (Япония), позволяющего проводить развернутый морфологический анализ крови. Морфологические изменения в клетке естественным образом влияют на функцию клетки.

Мы изучали такие показатели, как среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците (MCH). Показатель позволяет оценить степень нарушения водно-электролитного баланса, снижается при гиповолемии [4].

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)-плотность, с которой красный пигмент крови заполняет клетку. Показатель снижается при гипоосмолярных,